

RELACIÓN MÉDICO PACIENTE COMO ENLACE HUMANO TRASCENDENTAL EN LAS ORGANIZACIONES DE SALUD

Lisbeth J. Reales Chacón

Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA). Doctorado en Educación
Superior. Barquisimeto. Venezuela. Correo: realeslisbeth@yahoo.es

RESUMEN

En la relación médico paciente se contextualiza un vínculo humano vital en dirección a satisfacer las demandas conscientes o inconscientes del paciente. Es una interacción que influye en la percepción del paciente sobre la calidad de la atención y su disposición a regresar a una consulta siguiente, facilitando la toma de decisiones consensuadas, dejando al final una satisfacción de ambas partes por el servicio prestado/recibido. Las organizaciones hospitalarias incluyen la calidad como objetivo para mejorar la atención asistencial, es imprescindible considerar al paciente como principal beneficiario de los resultados que se obtienen al gestionar los procesos de la organización, de allí, que la entrevista médica en la organización hospitalaria exigen que el profesional de la salud se involucre y adopte una postura comunicativa amplia desde una esfera personal y de la salud del paciente, brindar al paciente confianza y privacidad, el uso del tiempo con el único fin de escuchar y atender al paciente sin limitaciones ni prelación, y transmitir preocupación por el deseo de apoyar al paciente

Palabras Clave: Entrevista médica, organización de salud, calidad,
relación médico paciente

DOCTOR PATIENT RELATIONSHIP AS HUMAN LINK TRANSCENDENTAL IN HEALTH ORGANIZATIONS

ABSTRACT

The doctor-patient relationship a vital human bond is contextualized towards meeting the conscious or unconscious patient demands. It is an interaction that influences the patient's perception about the quality of care and their willingness to return to a following query, facilitating consensus decision-making, leaving the ultimate satisfaction of both parties for the service provided / received. Hospital organizations include quality objective to improve healthcare care is essential to consider the patient as the main beneficiary of the results obtained to manage the processes of the organization, there chelates medical interview in hospital organization require professional health is involved and adopt a comprehensive communicative stance from a personal level and health of the patient, providing the patient trust and privacy, time use for the sole purpose of listening and attending the patient without limitation or priority levels, and transmit concern by the desire to support the patient

Key words: medical interview, health care organization, quality, patient-physician relationship

Recibido: 14-10-14. Aprobado: 21-04-15

“Todo acto médico implica el intento científico de curar una enfermedad y el esfuerzo humano de cuidar a un paciente”.

Cabriese, F

La relación médico paciente, a través del tiempo, ha tenido en las diferentes culturas y épocas distintas modalidades, pero sólo un rasgo esencial se ha mantenido incólume que es el encuentro entre el que busca ayuda y el que puede proporcionársela, e incluye todo lo que acontece antes y después de esa reunión y su efecto sobre los actores de la relación y el curso de la enfermedad.

Es por ello, que la interrelación entre el médico y el paciente es un fenómeno complejo y del cual depende en gran parte el logro del éxito médico y el bienestar del enfermo; desde sus orígenes han estado estrechamente vinculados a la comunicación interpersonal y al desarrollo de las habilidades clínicas en la entrevista médica.

En este orden de ideas, la entrevista médica es la herramienta fundamental del médico para dar servicio eficiente al paciente en la organización de salud. Este encuentro ha sido versionado por numerosos autores tratando de destacar a lo largo del tiempo los cambios significativos en la relación médico paciente que han ocurrido en sus concepciones como criterio del acto asistencial, reflejo de satisfacción, calidad del servicio dado y su consecuente repercusión en la práctica clínica de los médicos especialistas y en la formación de estas organizaciones.

A diferencia del modelo industrial, en donde el diseño de la estructura se considera responsable de la calidad del servicio, en el modelo médico el acento se coloca en el desempeño de las unidades asistenciales de modo que los integrantes son los que hacen el gran aporte a la atención. Por ello, para mejorar la calidad no es prioritario el cambio de sistema sino de las conductas. El método clínico y el epidemiológico serían las herramientas fundamentales para la evaluación, respetando la organización jerárquica de los establecimientos de salud. Existen los indicadores del modelo de evaluación de calidad en las organizaciones hospitalarias como son ⁽¹⁾:

Indicadores de resultados: como indicadores mínimos indispensables para los resultados de la atención con calidad y eficiencia, en el desempeño de las unidades médicas se propone: índice de subsecuente, índice de altas de la unidad,

promedios de días de estancia, porcentaje de ocupación, cirugías por sala de operaciones porcentaje de cirugías ambulatorias, porcentaje de pacientes en puerperio de bajo riesgo, exámenes de laboratorio y estudios de imagenología, porcentaje de consultas, de egresos y de pacientes en observación de emergencia.

Indicadores de calidad: específicos de calidad en los resultados de la prestación de los servicios médicos se propone porcentaje de mortalidad, mortalidad materna y perinatal, mortalidad potencialmente evitable, porcentaje de cesáreas, diferimientos en consulta externa y cirugía, porcentaje de cirugías suspendidas, reingresos hospitalarios por el mismo diagnóstico antes de 30 días y los reingresos a urgencias por el mismo diagnóstico antes de 72 horas.

Indicadores de seguridad: especial relevancia ha adquirido la seguridad del paciente durante su estancia hospitalaria, incorporándose registros de eventos adversos y eventos centinela, incluyendo caídas de cama o camillas, úlceras de decúbito, infecciones intrahospitalarias, en heridas quirúrgicas, infección en heridas operatorias, infecciones asociadas a cateterismo venoso, vesical o por uso de ventiladores, cirugías de pacientes, lado corporal u órgano equivocado, permanencia de material quirúrgico en el lecho operatorio al haber concluido la cirugía, reacciones transfusionales y medicamentosas graves.

Por último, cuando de calidad asistencial se trata en el área médica e instituciones hospitalarias se debe lograr actuaciones profesionales, permanentes al enfermo conforme a los más precisos y actualizados conocimientos científicos, su correcta aplicación y un trato personal adecuado, con la finalidad de satisfacer las necesidades y aspiraciones de los enfermos tanto reales como percibidas con el menor consumo de recursos para la organización, traduce entonces, que el encuentro médico paciente es la función primordial a mejorar, cuidar y vigilar en las organizaciones de salud.

Por lo tanto, la medicina y los servicios de salud no sólo son una disciplina científica y tecnificada, sino que tiene un componente humanista y social fundamental enfocado en los pacientes, en donde lo esencial en la organización de salud es el encuentro del médico con el paciente como piedra angular de la gestión médica asistencial.

Corresponde, entonces, a las organizaciones de salud con sus servicios clínicos y de apoyo innovar y el equipo de salud tomar conciencia en la necesidad de comprender que la calidad asistencial convergen en cuatro aspectos fundamentales: la calidad científico-técnica de los profesionales, el uso racional de la tecnología sanitaria, prevención de las enfermedades y la satisfacción de los usuarios con los servicios otorgados o la calidad percibida. Esta calidad aplicada a la atención médica, es la capacidad que con distinto grado puede tener una organización o un acto concreto de asistencia hospitalaria, para satisfacer las necesidades de los consumidores de servicios de salud.

La calidad asistencial es conseguir una atención sanitaria óptima, lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo iatrogénico y la máxima satisfacción del cliente en el proceso. Trabajar con calidad significa adaptarse al cambio, desarrollar un clima organizativo de satisfacción, generar mayor autonomía y promover una creciente capacitación de las personas que apunta al desarrollo de procesos asistenciales.

Resulta indudable que las nuevas tendencias epidemiológicas, demográficas conductuales y tecnológicas de la sociedad, han aportado un mayor conocimiento de las enfermedades y representan medios eficientes de diagnóstico y tratamiento de órganos y sistemas disfuncionales del cuerpo humano. Así también, su inclusión masiva en la vida cotidiana del médico ha propiciado una distorsión preocupante del ejercicio de la medicina. El notable avance de la medicina, contrasta con el retroceso sistemático observado en la entrevista médica que ejecuta los galenos, en las consideraciones sobre la vida emocional del enfermo, y en las obligaciones éticas que implica el ejercicio humanitario basado en una concepción integral del ser humano.

La relación médico-paciente (RMP), piedra angular de la gestión asistencial de salud, constituye el núcleo vertebrador del quehacer profesional y la razón de ser de una profesión como es la médica. La práctica médica está inserta en el complejo sistema de las relaciones humanas, pues el médico se relaciona con seres humanos para restablecer, mantener o incrementar la calidad de vida de los mismos, su bienestar físico, biológico, psicológico y social, por lo cual, no resulta suficiente actuar con un elevado profesionalismo científico-técnico que no tenga en cuenta la esencia de ese ser humano; es decir, su mundo interno, subjetivo. Para ello, se contextualiza un vínculo de respeto al ser social en las relaciones humanas, en dirección a

satisfacer las demandas conscientes o inconscientes del paciente.

Es por ello, que la relación médico-paciente es considerada el acto central de la actividad clínica y el escenario principal de la medicina, además, la atención médica es una forma específica de asistencia, de ayuda técnica interhumana, debido al encuentro entre dos seres humanos, dotados ambos de inteligencia, de libertad, de intimidad, de una vida afectiva propia y de una historia personal, única irrepetible.

Aruguete recopila en las siguientes palabras el alcance de la relación médico-paciente "se espera que el médico se ocupe no solo del organismo enfermo, sino, así mismo, del estado del organismo entero, del hombre en su totalidad, porque se encuentra de hecho frente a una persona no ante un órgano aislado, ni ante una psique abstracta". Se anhela por sobre todo actitudes de solidaridad, proximidad, e intimidad, de aquí que, el instrumento más adecuado para la relación, sea la comunicación verbal y no verbal y el vínculo más apropiado la empatía con sus vivencias ⁽²⁾.

El profesional de salud no puede dejar de considerar que el binomio salud-enfermedad se produce en una cultura determinada, este proceso está moldeado por factores sociales y culturales, que no se da exclusivamente con el enfermo, sino que se extiende también a su familia, sus parientes y amigos. Sin embargo, la relación con otros se genera en función de la relación interpersonal con el paciente ⁽³⁾.

Cabe decir, que primariamente una relación interpersonal no es sin embargo una relación interpersonal cualquiera, sino que la RMP es una relación técnica específica, diagnóstica y terapéutica. Pero, la RMP se da también en un plano humano, afectivo y ético, de modo que los aspectos técnicos de la relación deben estar siempre supeditados a la condición de persona, tanto del paciente como del médico, resguardándose así la dignidad de ambos. Lo importante es que el acto médico lo realiza un hombre que tiene los conocimientos, habilidades y destrezas necesarios para prestar ayuda a otros hombres que la requieren, porque ven amenazado su bienestar o su vida. Es esta condición la que imprime a la profesión médica su carácter de profesión de servicio y la que le otorga su nobleza y dignidad.

Las organizaciones de salud tiene el médico frente a su paciente como dispensador de cuidado, apoyo y curación en la salud y la enfermedad, es a través del acto médico que se fundamenta un convenio de confianza que obliga al médico a ser competente y estar

al servicio del bienestar de sus pacientes, sin embargo, este acuerdo como criterio del acto asistencial debe ser satisfactorio y por lo tanto, de calidad, dado que, el servicio de atención médica, constituye lo que se conoce como el “arte” de la medicina que es de igual importancia que su parte científica.

Significa entonces, que la relación médico paciente, sigue siendo por encima de los continuos progresos en los conocimientos científicos y desarrollos tecnológicos, el sustento de la práctica médica, los cambios históricos han determinado que fuerzas sociales, económicas, políticas, tecnológicas o culturales involucren cambios a través del tiempo en la concepción teórica y práctica del encuentro entre el médico y paciente. A pesar de los cambios en el tiempo y adelantos científicos, la atención médica se hace posible en cuanto el profesional de salud y el paciente interaccionen en un encuentro de tipo técnico-profesional, y humano, fundamentada en el conocimiento cabal sobre el paciente, en la confianza mutua y en la capacidad de ambos para la comunicación.

En relación a esta última característica, entre el médico y el paciente se genera un acto comunicativo donde cómo se habla, como se mira y se escuchan, puede ser fuente, cauce y resultado de la amistad que establezca entre ambos, como también será un factor determinante en el diagnóstico y tratamiento a seguir. Por lo tanto, la mirada, la palabra, el silencio la exploración manual y la exploración instrumental son constitutivos de la relación médico paciente e influye en la percepción del paciente sobre la calidad de la atención facilitando la toma de decisiones consensuadas, dejando al final una satisfacción de ambas partes por el servicio prestado/recibido⁽⁴⁾.

En la organización de salud la relación médico-paciente (RMP) está inmersa en un conjunto complejo de pautas, actitudes y comportamientos socialmente establecidos que se dan como supuestos de los encuentros clínicos como vínculo esencial entre el profesional médico y el paciente demandante de servicios relacionados con salud y enfermedad para restaurar la salud y evitar la muerte.

Asimismo, las debilidades en la RMP desarrollada en las organizaciones hospitalarias vienen dada por la naturaleza de la práctica médica en los servicios públicos de salud, al causar daño de la integridad de la RMP, especialmente en su continuidad, atizada por las reiteradas visitas de los pacientes a diferentes centros de salud y hospitales, crisis que

recurren en la administración pública, además de las presiones administrativas de cumplir con el tiempo laboral del médico, han contribuido también, a la despersonalización de la interacción clínica⁽⁵⁾.

El médico y el paciente se entrelazan en una relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud. Se trata de una relación donde se presta un servicio de alta significación, por ser la salud uno de las más preciadas aspiraciones del ser humano, y a diferencia de las relaciones interpersonales condicionales, la situación profesional más frecuente es la entrega total, sin aspirar a reciprocidad alguna en los aspectos señalados.

En la actualidad, el contacto comunicativo entre el médico y el paciente se ve enriquecido por los aportes científicos y tecnológicos, que amplían progresivamente nuestros horizontes, alcances y logros, en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Sin embargo, las solas habilidades para la aplicación de la ciencia, no garantizan el rol de buen médico, por esta razón, es el “arte” más que la ciencia, lo que permite el acercamiento al enfermo que, por involucrarse en su recóndita intimidad y en sus aspectos más vulnerables, como expectativas, seguridad y por qué no, su prestigio debe abordarse con inteligencia, delicadeza, audacia y respeto, con juicio crítico y tolerancia en todos los escenarios, especialmente el hospitalario.

Como se concluyó en la Declaración de la Federación Mundial para la Educación Médica de Edimburgo el paciente espera un médico que pueda escucharlo en forma activa, que sea un observador cuidadoso, comunicador sensible y un clínico efectivo. Es decir, la competencia clínica de un médico es juzgada en términos comunicacionales⁽⁶⁾.

Las relaciones humanas forman parte esencial de todas las organizaciones, en las organizaciones de salud la relación médico-paciente constituye una forma específica de interactuar y manifestarse las relaciones humanas. Varios elementos se toman en cuenta en esta relación como es la promoción, el sustento y la restauración de la salud, del mismo modo la prioridad en la relación es, entre otras, rescatar la condición humana del hombre que sufre, deteriorada en cierta medida por la enfermedad.

En el marco de las consideraciones anteriores, existen tres hechos fundamentales y permanentes que caracterizan el encuentro del médico con su paciente⁽³⁾:

1. Es un acto libre basado en la confianza en el médico, tanto en su honorabilidad como en su capacidad profesional.

2. Transcurre en la intimidad de la consulta, a la cual habitualmente no tienen acceso otros actores que no sean el médico y su paciente. La transgresión de la confidencialidad, provocaría un quiebre irremediable de la confianza que el paciente depositó en su médico.

3. Constituye un acto basado en la confianza mutua: la del enfermo en la integridad e idoneidad del médico y la de éste, en la voluntad del enfermo de colaborar en su recuperación para reintegrarse a su labor en la sociedad.

Por lo tanto, libertad, intimidad y confianza, son los elementos esenciales y constitutivos del acto médico que han caracterizado su desarrollo a través del tiempo.

En el estudio de Reales revela como la entrevista médica y su implicación en la relación médico-paciente es⁽⁷⁾:

1. Una interacción experiencial de crecimiento profesional y humano que permite la transformación y visión integral en la atención médica hospitalaria.

2. Una relación amigable, amable con paciencia, capacidad de expresar la calidad humana y del lenguaje no sólo verbal sino gestual para realizar diagnósticos, administrar tratamiento y lograr mejorar la salud del paciente

3. Un acto comunicacional en el cual el médico debe darse tiempo, detenerse y ser receptivo a lo expresado por el paciente, mostrando interés en lo que le está pasando y siente el paciente.

4. En la investigación se consideró que en la atención hospitalaria el sentido humano lo otorga la postura del médico y el anhelo del paciente; para ello es necesario: (a) trato cordial, amable; (b) interés por los problemas de salud; (c) saber escuchar; (d) intentar "tocar el corazón" del paciente; (e) acercarse al sentimiento del paciente e intercambiar emociones en la cotidianeidad; (f) confianza y; (g) respeto.

Asimismo, los discursos verificaron que la EM y la relación médico paciente que se establece constituye para el médico un desafío personal, cambiante, continuo que le permitirá aportar soluciones al paciente y apoyo a las funciones del hospital, para dar atención y servir de fuente de información, prestar ayuda para el estudio, diagnóstico y tratamiento del paciente⁽⁷⁾.

Desde mi perspectiva la visión bioética, profesional y humana sobre la relación médico- paciente permitirá introducirla en la estructura organizacional hospitalaria como referente de

calidad en la dinámica del comportamiento y productividad de la institución de salud. Es por ello, bajo mi experiencia profesional existen **seis** elementos fundamentales que contribuyen con la idónea **relación médico-paciente en el hospital**: a) excelencia profesional científica y humanizada, b) uso eficiente de los recursos hospitalarios, c) interacción comunicativa con el paciente y la familia, d) alto grado de satisfacción del usuario, e) influencia que tiene en la salud del usuario servicios de mayor calidad y f) la entrevista médica, como un proceso en el que se enmarca una interacción afectiva, cognitiva y práctica de manera organizada con el médico paciente y familia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Donabedian, A. Calidad de la Atención a la Salud. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Revista ITAES. 1995; 1(2):9-24.
2. Aruguete, G. Humanizar la atención médica. Revista del Círculo Médico de Morón. 2000; 123: 12-23.
3. Goic, A. El fin de la medicina. Santiago de Chile. Ed. Publicaciones Técnicas Mediterráneo. Ltda. 2000:28.
4. Dörr A. Acerca de la comunicación médico paciente desde una perspectiva histórica y antropológica. Revista Médica de Chile. 2004;132:1431-1436.
5. Fernández, J. Relación Médico Paciente: Interacción y comunicación. Revista Médica Hondureña. 2007;75: 94-96.
6. Declaración de la Plata Calidad de la Atención Médica. [En Línea]. 1988 [fecha de acceso 10 de marzo de 2010]; Disponible en: <http://www.cidcam.org.ar/DeclaraciondeLaPlata.pdf> f- -1k.
7. Reales, L. La entrevista médica: referente de calidad en las organizaciones de salud. . Barquisimeto, Venezuela. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Instituto Pedagógico Luis Beltrán Prieto Figueroa. 2012. (Tesis Doctoral).

